

特養の看取り介護における 適応的なフラストレーション反応

——アグレッションの方向（P-F スタディ）から——

大 西 次 郎

【抄録】

特養内で看取りにあたる介護職には、しばしばフラストレーションがつのる。直面した困難な状況を脱するために取るフラストレーション反応は、破壊的より建設的であることが望ましい。P-F スタディによるアグレッションの3方向（無責、他責、自責）別に、特養の看取り介護に適応的なフラストレーション反応の呈示を試みた。その手がかりになるのは、死を見据えた入居者の心理を介護職が追体験する、ロスの5段階モデルである。すなわち、1) 無責において介護職からの死の否認が、2) 他責において施設長や医療職に向けた介護職の怒り、取引および抑うつが、3) 自責において入居者の死を、介護職が自らに引き受ける受容が現れる。

各々に対し、1) 老いへの否定的感情や、それを自覚するがゆえの罪責感に対する手当て、2) 経管栄養や喀痰の吸引、死期の推測などの「見えやすい」アプローチ、3) 自己の死生観を持つことによる他者の死生観の尊重、といったフラストレーション反応を提案した。これらにより、アグレッションの方向に特徴を持つ介護職が、パーソナリティに沿ったフラストレーション反応の存在を身近に意識することができる。

キーワード：看取り、フラストレーション、アグレッション、P-F スタディ、5段階モデル

1. 看取り介護のフラストレーション

人間は多様な欲求を持ち、それぞれの目標に向かって行動している。しかし、その欲求がかなわず目標が達成されないとき、沸き上がる不快な感情を自覚する。すなわちフラストレーション（欲求不満）である。そして、このとき欲求の実現を阻止している人物を欲求阻止者という。また、フラストレーション環境に置かれた個人（被欲求阻止者）が、直面した状況を脱するために取る対処をフラストレーション反応という。

特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設：以下特養）で看取りにあたる介護職には、しばしばフラストレーションがつのる（被欲求阻止者）。その根源は、施設の方針や他職種の考え方といった外部の要因から、自らの内に備えている実力の程度までさまざまであろう。前者において欲求阻止者は施設長であったり、医療職であったりする。また、後者においてはフラストレーショ

ンを感じる本人自身が、欲求阻止者を兼ねているといえよう。フラストレーション反応には破壊的なものから建設的なものまで幅があり、困難な状況下でより適応的・効果的なフラストレーション反応を選ぶことは、チームアプローチとしての看取り介護の安定した維持につながる意義を有する。

さて、そのようなフラストレーションがたまる場で、どう自己主張したり、問題解決を図ったりするかを調べる心理テスト（投影法）の一つに、P-F スタディ（Picture-Frustration study：絵画欲求不満テスト）がある。そのP-F スタディの実施においては、対人関係の中で経験されるフラストレーション場面（二人の人物が描かれた線画）が被検者に示される。

各場面の左側の人物（欲求阻止者）は、右側の人物がフラストレーションを感じていることをはっきりさせるため、実際にフラストレーションを起こさせる発言をしている。被検者は無意識に右側の人物（被欲求阻止者）に自己を投影する形になり、予想される発言を空欄の吹き出しに書き込むという手法で検査が進められる。そして、記された内容から被欲求阻止者（被検者）の反応が、アグレッション¹⁾の方向によって無責、他責、自責の3つへ分類される²⁾。本稿ではこの方向別に、特養の看取り介護に適応的なフラストレーション反応の呈示を試みる。

その手がかりになるのは、アグレッションの方向を「無責→他責→自責」の順に俯瞰すると、よく知られたエリザベス・キューブラー＝ロスの5段階モデル、すなわち「否認→怒り→取引→抑うつ→受容」という死に臨む人物の心理にならって、援助者の側から死の受容過程を明確化できる点である。なぜなら、高齢者の生活を支えている介護職もまた家族と同様に、遠からぬ最期を見据えた入居者よりやや遅れて、死の各段階を追体験している（キューブラー＝ロス、2005：p.169）からである。

具体的には、それぞれ無責において介護職からの死の「否認」（欲求阻止者の不在）が、他責において施設長や医療職（欲求阻止者）に向けた被欲求阻止者としての介護職の「怒り、取引および抑うつ」が、自責において入居者の死を自らに引き受ける「受容」（被欲求阻止者であり、欲求阻止者でもある介護職）が現れるという把握ができるのである。

これらのアグレッションの方向と5段階モデルの照応により、アグレッションという比較的強い感情を無責、他責、自責のいずれかに定めがちな介護職が、身近に適応的なフラストレーション反応の存在を意識できる可能性がある。実際に、看取りの場において仕事や人間関係の迷いが深く、どちらかという和不適応をきたしやすいのはそのような反応の幅の狭い人であろう。以下、P-F スタディにおけるアグレッションの方向とロスの5段階モデルを軸に、特養の看取りにおけるフラストレーションの状況を整理していく。

2. アグレッション：無責、5段階モデル：否認

まず、無責である。心身の機能が低下して生活支援を要する高齢者、いわば「弱い高齢者」

（横内，2016）の看取りは、かつて血縁者や近隣の地域住民が、もっぱら居宅でその任にあたっていた。これに対し、特養は生活のための施設であるものの、看取りに十分な職員・設備等の配置はもともとなかった。すなわち本来、特養で働く介護職は看取りに関して無責なのである。

一方、病院では相対的に若い人の感染症、とくに結核が歴史的に死の中心であった。しかし、平均寿命の伸長と感染症から生活習慣病、癌による死亡の増加という疾病構造の変化に合わせて、1970年代の半ばを境に在宅より病院で亡くなる人々の方が多くなっていった。その頃、年齢による処遇の差は医療職にこれと云って意識されておらず、癌死も老衰死もまとめて病院、という有様であった。だが、いまや増え続ける死が病院で持て余される超高齢社会に至っている。時計の針を元へ戻そうにも、老老世帯や独居高齢者の割合が増えた在宅の環境では、家族や地域での看取りに限界がある。

そこで、癌を含む生活習慣病を“地域”包括ケア、「弱い高齢者」を特養等の老人福祉“施設”に振り分けて対応しようと試みるのは、生活の先に死を見据えた特養にとっても自然といえよう。そして、在宅での死を経験していない家族は、介護の専門職を当然頼りにする。介護報酬の面からも看取り介護加算が創設（2006, 2015 改正）され、経済的に特養の看取りを推進しようとしている。無責とはいえ、看取りに一役買ってもよさそうな状況である。

ところが、家族からの死を迎える場所のイメージに施設の影は薄く、いわんや在宅はなく、やはりそれは病院の他にないのである。そして、「弱い高齢者」本人の意思も、ささいなきっかけで揺れ動く。面談を重ねて施設内の看取りを確認していても、ちゃぶ台返しにあう³⁾ことがある。そのうえ、2025年問題と云って団塊の世代のいまわが騒がれるものの、この後に予想される少子化・人口減少のため、高齢者が最期の日々を過ごす場所を新たに確保するような施策は期待できない（北村，2017）。すなわち、現状では施設の職員・設備等の大幅拡充という政策対応がなされる見込みは乏しく、そもそも特養の存在価値を積極的に擁護する社会的通念そのものが成り立っていない（猪飼，2011）という指摘すらある。

つまり、看取り介護加算だけでは施設で看取りを積極的に行うインセンティブが得られにくい（大西，2010）ことを承知のうえで、病院で亡くなるという状態に再び返るには予算がかかるため、すべての高齢者や家族が施設内の看取りを希望しているわけでもないのに、特養は無理を頼まれているのである。いわば本人・家族はもちろん、制度から時代に至るまで、特養で看取りを行うための条件や背景は決して十分ではないのである。

しかし、すでに特養の介護職は無責であることに言及した。本来は看取りの否認も考慮できるのであって、あえて努力を重ねる必要がないともいえる。さらに職場を移るといふ形での、介護現場における雇用の流動性も考慮されてよい。ただし、それでは専門性の円滑な構築が懸念されるのはもちろん、看取り介護はチームアプローチであり、そもそも入居者の暮らしを見守る立場から、頻繁な人員の交代は介護の質の低下（小野寺，2015）を招くリスクがある。

とはいえ、是正されるべき困難な労働条件が、介護職自身による努力の結果、標準的なシステ

ムとして定着してしまうのは本末転倒である。ただ、介護職は入居者と生活を長年ともにすることで親密な関係になった、家族同然ともいえる高齢者の人生を伴走する使命感を抱くことが少なくない。苦衷の判断として、そのような発想が職場環境の改善を阻んでいるという批判を弁えつつも、厳しい状況と折り合うための適応的なフラストレーション反応を考えていきたい。

まず若手の職員には、自らの入居者に対する整理できない感情が押し込められている内実をみつめ、悩ましさを吐露する公的な機会が必要である。これは看取りに関する理念というより、若手の職員がどうしても抱いてしまう老いへの否定的感情や、それを自覚するがゆえの罪責感に対する手当てを指している。一方、中堅の職員には、年齢ないし経験的に近い介護職同士が、やや個人的な愚痴や評価をも相互に発散・吸収し合える私的な交流が望ましい（ピアサポート）。

なぜなら、中堅の職員は入居者に対する悲観的な感情を常態として抱く場合があり、それ自体、支援がうまくいかない場合の挫折を避ける意味で有効なため、一人では（ときに若手より）省察を込めた自覚へ至りにくいからである。そのうえで若手と中堅が、具体的な困難や対処法を話し合う事例検討会や、自身に焦点をあてたスーパービジョンの場などでつながらず、世代や派閥により凝集してしまう排他的チームやヒエラルキーの形成を避けつつ、有機的な職種内・職種間連携の形成を促すことができる（大西、2015）のである。

3. アグレッション：他責、5段階モデル：怒り、取引および抑うつ

次に、他責である。そもそも、死を無分別に取り込んだのは医療だといえなくもない。さらに（無責であるのに）、看取りという火中の栗を拾った、施設の運営方針も気になってくる。従って、特養の看取りに「医師の協力」と「入居者を看取る理念」が不可欠（北村、2017）なことは理解できる。ここで「そんな彼（女）らこそ、責任を果たすべき！」と思うのであれば、そのような感情はおそらく怒りに相当するだろう。

すなわち「なぜ今、なぜ介護職である私が、死の床に臨まなくてはいけないのか、こんなことでいいのか」といった憤りである。とはいえ多くの場合、壮年期の癌による死の場合と違って、家族から生き返らせてほしいと望まれているわけではない。あくまでこの怒りは、高齢者本人の死に対する怒りの家族とならんだ追体験というより、施設長や医療職（欲求阻止者）に向けた被欲求阻止者としての、介護職の職業的な感情の発露なのである。

ここには、万人が持つ死の恐怖に自らもおびえ、死との関わりを矢面を避けようとする思いがうかがえる。自然なことである。そして、介護職と看護職の連携や、人員配置など（とくに夜間の）体制的な問題に焦点があてられる（樋田ら、2017）。それを可能とする裁量権や、自分の意見が反映されるような環境を求める取引である。報酬もまた、普遍的なテーマになり得る（小野寺、2015）。もちろんこれらは、特養の看取りに欠かせない。

では前記の諸点が整えば、看取りはすべからず可能となるのだろうか。他責なら、他者が責務

を果たせば可能なはずである。しかし特養の介護職自身、入居者の家族と同様に、自宅で死に臨んだ経験を持たない。さらに、介護職の看取りにおける専門性は、日常生活を整える中で死に近くプロセスを評価し、自然死を受け入れる力なのである（林，2016）。

これは、特別な（他者ができない）行為を「する」という、もっぱら医療職が具現する「見えやすい」専門性ではない。それゆえ介護職が看取りを始めた頃は、特別な行為を「しない」ことがしばしば受け入れられず焦ってしまう。その焦りを背負い切れないとき、他責の強さはますますつのるのであろう。

つまり体制整備とは別に、一定の経験（質と量）を重ねないと、介護職は生活の中の死に自信が持てないのだといえよう。なぜなら、特養における看取りの専門性が「見えにくい」からである。従って、経験知（質）の向上がもたらす主体的な看取りへの取り組みと、そうなるまでに沈殿した死への不安や恐怖（量）によるバーンアウトとの綱引きが、一人ひとりの身に起こっているのである。どれほどの経験が、看取りに対する介護職の役割自覚に結び付くかは明らかでないものの、高野（2017）は「10年～24年の職歴」ならびに「10回～29回の看取り」を目安にしており、長期的な視野が必要なことは論を待たないであろう。

死へのネガティブな感情は誰もが抱き得るものだから、綱引きの結果、看取りに向き合えず抑うつに陥ってしまう介護職がいても不思議ではない。だからこそ、無責で取り上げたピアサポートは重要な「支援者支援」なのである。しかし、それでもうまくいかないなら、経験知の蓄積過程で「見えやすい」専門性の涵養にあえて傾注するのも、適応的なフラストレーション反応の一つといえよう。

その場合、相対的に医療の要素が入ってくる。死期の推測はその一例である。具体的には、チェンストークス呼吸やチアノーゼ、あるいは鼻唇溝が下がり浅くなった状態などの観察（白土ら，2016）である。これらへの習熟は、介護職自身の心構えとしてはもちろん、遠方の親戚に対する声掛けや葬儀の準備、忌引による休業の手配などに奔走する家族への助けにもなる。捉え所なかった死に対して、やや展望が開けてくるかもしれない。全く予期しない突然の死という、困惑を招く状況から少し距離を取ることができるという意味合いもあるだろう。「突然逝ってしまう」ことは、高齢者本人にとっては望みかもしれないが、見送る者には悔いを残しやすい（堀内，2013）のである。

従って、生活と医療は対抗軸に置くべきではない。医療が生活を歪めてしまうのなら別だが、おおむね生活に医療を取り入れることは、入居者の安楽にかなう。いわば「限定医療」（横内，2016）、すなわち入院や手術は避け、できるだけ施設内で「弱い高齢者」のライフスタイルを尊重し、療養態度に完璧さを求めず、疾患の治療より症状の改善を重視するという医療のあり方への理解が必要なのである。若手には、経管栄養や喀痰の吸引などを含む「見えやすい」側からのアプローチが、むしろ適しているかもしれない。ただし、たとえ看護職であってもバイタルサインの変動等に固執して入居者の生活を見失いがちになる可能性が指摘されている（高野ら，

2017) のだから、生活を注視する介護職にとって、上記はあくまで無理なく経験を積む手段としての位置付けが穏当であろう。

4. アグレッション：自責、5段階モデル：受容

最後に、自責である。換言すれば、長く家族同様に接してきた入居者の死を引き受けることである。身内のように同一化した関係性の中での看取りは、介護職に対し大きな悲嘆となって、バーンアウトに陥る危険がある（久山ら、2016）。そうでなくても、最善を尽くしたにもかかわらず本人や家族の苦痛を緩和できないとき、周囲にいる者は自らの非力さに苦しむであろう。

このようなケースでは、援助者自身が無力な自己を受け止めるための工夫が必要になる（窪寺、2004:p.68）。自責は、フラストレーションの原因が自らに対する非難や叱責の形でフラストレーション状況に置かれた人物の内側にあるため、被欲求阻止者が欲求阻止者もまた兼ねている状態といえることができる。とくに入居者に身寄りがいない場合は、家族のように近い心情が援助者としてのアイデンティティを曖昧にし、「十分にケアできていない」という罪悪感を抱いたり、看取りのあとで強い悲嘆を示したりすることが報告（北村、2017）されている。

この場合、効果的なフラストレーション反応を考えると時の参考になるのは、かつて自宅で「弱い高齢者」が亡くなった際の、家族を取り巻く様相である。少人数の家族のまわりには拡大家族的な人たちがいて、亡くなった人の話を集まっていたり、伝統的な行事を執り行ったりしてきた（島藺、2016）。それらの中で地域の人々もまた、それぞれの死生観を養ってきたのである。

特養に照らせば、これは死後の振り返りカンファレンスといえよう。そこでは、「専門職」としての最期までのケアプロセスの客観的な評価に加えて、消化できなかった「わたし」としての語りの発露が認められてよい（井上ら、2016）。昨今は、かつての地域が特養に代わったわけであるから、家族の参加も当然といえよう。

カンファレンスで体験を言語化し、思いを表出し、共有することで悲嘆や精神的な負荷を緩和でき、学びと成長の場（原ら、2010）へと転化していけるのである。家族にとっても、療養過程で生じた「理由が分からない状況」（竹山、2008）を整理し、未達成感を払拭する場が設けられる意義は大きい。

ただ、それらはどちらかというと、無責に類する行為ともいえよう。周囲からの支えを得ながらも、入居者の死を引き受けるには、やはり介護職が自らの死生観を持つことが適応的なフラストレーション反応の形成に不可欠である。そして自己の死生観を持つからこそ分かる、他者の死生観の尊重（辻ら、2016）が大切なのである。

もちろん、死生観は皆が一生の間に悩み、それぞれ育んでいくものである。なぜなら、死生観は私たちが他者から教わって、さらに別の人に伝える外側の力というより、死に臨む入居者の感性を悟って共感できる、内側の力だからである。このような死生観の涵養によって、介護職一人

ひとりの受容が、少しずつ形となるに違いない。

しかし、各人に任されているとはいえ、涵養における一定の近付き方はあるに違いない。ここで参考になるのは、人が命の限界を悟ったとき、大きく二つの道を取ることである。すなわち、死を自らのものと納得するか、納得できない死を他に委ねるかである。後者で委ねようとする対象は、人間の能力や資質を上回る「大きなもの」である（大西、2005）。

なお、「弱い高齢者」が前者のような納得を口にするなら、それは言葉通りというより、対等な関係のもとにある顔見知りの多くの人（職業的な立場を超えた）自由意志に基づいて、自分の残された生へ敬意を払ってくれたという安堵の念を意味するであろう。だからこそ、死の床においては家族や隣人、友達、ボランティアなどとの関わりが重要なのである。介護職一人ひとりもまた、きっと入居者から施設の職員としての範囲内、あるいはそれを超えた関係のいずれかに振り分けられていることだろう。

後者の「大きなもの」には、信仰する宗教を持たない人でも、海、山、野原、故郷など自然そのものを根源的な帰属の対象としたり、あるいは生まれ変わり、輪廻転生などの民俗的死生観に自らの受け入れを願ったりするといった例がある⁴⁾。

ただし、それらは分かりやすい言葉を借りているだけで、「大きなもの」は各人それぞれ違う、本来表現し得ないものである。口にした瞬間、それは発する者、聴く者の能力や資質に囚われてしまう。大切なのはその内実を知ることではなく、その存在を分かち合えることである。このことを伊藤（2004:p.62）は、「最も重要なのは…援助者にとって他者であるその方が、独自のスピリチュアリティやパーソナリティの中で、どんなふうに感じているのだろうか、どんなふうになりたいと思っているのだろうかを、その人の立場に立ったつもりで共感的に解釈する…ということ」だと説明している。

「危機にある人間…は、問題解決の機能を果たすために自分流の神を創造する」（窪寺、2004:p.19）といわれる。ここでの「神（あるいは仏：以下神）」は「大きなもの」と同義で、入居者のそれをわれわれが悟るためには、われわれの中にも「大きなもの」が必要なのである。信仰を持つ職員はそれが「大きなもの」に相当するだろう。もちろん、われわれの「神／大きなもの」は、もっぱら入居者の「神／大きなもの」を感じ取るために働く。これは他者の死生観の尊重を意味しているのであって、自己の死生観が不可欠とはいえ、それを押し付けに用いてはならない。入居者の「自分流の神」を無理に既存の宗教にあてはめないし、むしろ既存の宗教の枠から解放すると言い換えることも可能である。

死に臨む人の気持ちに思いを馳せることは容易でない。しかし、分からないという言葉は分からない理由を自分から切り離して、他者のせいにする。そうではなく、分かるために「大きなもの」との関係性を意識し続けることこそが、自責なのである。

5. 5段階モデルとアグレッションの方向における柔軟性

さて、本稿で取り上げた5段階モデルも、ロスが述べた順序は絶対でなく、さまざまな形を取り得ると解釈されている。実際にロス自身、「必ずこの5段階の反応を示すというわけではない…必ずこの順番で通過するというものでもないし、同じ段階に何度か立ち戻ることもある」（キューブラー＝ロスら、2001:p.89）と記している。さらに、より柔軟な表現、例えば「死に際して見られる種々の心理状況は…5つの心理段階に限定されるものではなく…種々の心理状態が自由に飛びかいつつ、あるいは出現し、あるいは消失する…死に直面した人の心の動きは…受容と否認の両極間を行き来している」との意見もある（シュナイドマン、1980:p.8）。

いうまでもなく、ロスが医師としてインタビューしてきた患者と、特養の入居者は一般的な状態像が必ずしも同じでない。またロスは、これといった病気がなく「死ねたらなあ」と語り続ける老人に関して、「老人たちが老衰する前に話し合うべきです」と第三者に提案している（キューブラー＝ロス、2005:p.234）。さらに、最終段階の受容を、わが国で「人生の発達の最終段階における人間の成熟した肯定的で力強い生活行動」（菊井ら、2000）と規定するなら、その受容は力強い行動はもとより、ロスが勧めている会話にも齟齬をきたす「弱い高齢者」とにとって、求めても得がたいものとなる危険性をはらんでしまう。やはり、シュナイドマンの見解が、特養で看取りにあたる介護職にとってはしっくりくるだろう。

アグレッションの方向についても同様である。P-F スタディの創始者であるソウル・ローゼンツァイクは、他責が発達の最も初期の姿で、自責は他責が抑止された結果としてこれに続き、無責は両者のあとに生ずるとした（秦、2007:p.55）。しかしその後、他責か「非他責」かがまず問題であり、次に「非他責」において他者がフラストレーションを引き起こす原因となっている「自我阻害場面」⁵⁾では無責が、フラストレーションの原因が自己の中にある「超自我阻害場面」⁵⁾では自責が関連する（秦、2007:p.65）と考えられるようになった。

従って、5段階モデルにせよアグレッションの方向にせよ、一定の流れで進行ないし成長する形を取るとは必ずしもいえず、P-F スタディの概念の一部を用いるだけで、フラストレーション反応の的確な選択がすぐさま可能になるわけではない。それでも、特定の対処方法や防衛機制に偏りすぎる姿勢が介護職としての社会的な適応に限界をもたらしかねないことから、頭書のように本稿はアグレッションの方向に特徴を持つ職員に対して、パーソナリティを勘案した適応的なフラストレーション反応を促す参考になると考える。

わが国は近代化の過程において、家族や地域という集団の中で営まれてきた人間関係を切り分け、専門職による支援やサービスに置き換えてきた。つまり、かつて私的な領域にあった死というテーマは、いまや特養はもちろん広く社会の課題となっているのである。

入居者・家族の心境を慮り、自らのフラストレーションの状況を評価し、仲間とともに建設的な対処を図っていく。若手から管理者まで、一人ひとりの職員がそのような生活者としての視点

を全うすることで、看取りを含む特養の実践がさらに充実していくであろうし、筆者もそれに対し微力ながら尽くしていきたい。

注

- 1) P-F スタディにおける「アグレッション」は、日本語訳の一つである「攻撃性」から連想されるような衝動の発露よりも広い概念である。もっぱら、欲求不満場面における主張ならびに行動の傾向という意味で用いられることが多い。
- 2) さらに「反応」は、障害優位、自我防衛、要求固執の3つの「型」に分けられる。ただし、本稿ではP-F スタディにおいて「方向」のカテゴリー間の相違がより明瞭で、「型」の区分は二次的とされる（秦，2007：p.64-65）ことから、ロスの5段階モデルとの比較における煩雑さの招来を避けるため、とくに「方向」を選んで論じていく。
- 3) もちろん、突然現れてちゃぶ台返しをする家族は、意思決定において欠かせない役割を担う人物であって、援助者の価値観により一概に否定的な判断をくだすことは避けねばならない（児玉，2015）。
- 4) 宗教を持たない場合でも「神様助けてください」、あるいは逆に「神も仏もない」と述べるなどの場合がある。しかし、上記は必ずしも宗教的なニーズに直結しない。これらは、例えば雷に打たれそうになって「神様！」と叫ぶような、死の恐怖にひれ伏すという根源的反応パターンの踏襲なのである。
- 5) 他者がフラストレーションを引き起こしている「自我阻害場面」は、P-F スタディでは「自動車に乗っている欲求阻止者が、通行人である被欲求阻止者に泥をはねかけて謝っている」といったように、相手が邪魔したり、失望させたり、奪ったり、妨害したりする形で示され、他方、フラストレーションの原因が自己にある「超自我阻害場面」は、「欲求阻止者が被欲求阻止者に対して『大切にしていた人形を壊したでしょう』と責めている」といったように、相手から非難されたり、侮辱されたり、責任を追及されたりする形で表されている。

すなわち、自我阻害場面では被欲求阻止者が現時点でフラストレーションを経験しているのに対して、超自我阻害場面では欲求阻止者がその場面以前に、被欲求阻止者によってフラストレーションを経験させられたと想定される（秦，2007：p.6）。なお、実際に呈示される線画では意図的に、欲求阻止者と被欲求阻止者の顔貌をはじめ二人の人物の特性を反映するような表現が消されている。そのため、被検者によって場面の認知に違いが生まれるので、この区分は常に絶対ではない。

引用文献

- 原 祥子，小野光美，大畑政子，岩郷しのぶ，沼本教子（2010）「介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ」『日本看護研究学会雑誌』33(1)，141-149.
- 秦 一士（2007）『新訂 P-F スタディの理論と実際』北大路書房.
- 林美枝子（2016）「特別養護老人ホームの看取り介護について—介護職の看取りにおける課題と介護力の向上に関する文献検討」『日本医療大学紀要』2，38-50.
- 久山かおる，大森眞澄，吉岡伸一，中平みわ（2016）「認知症高齢者グループホーム職員の看取り体験の思い」『武庫川女子大学看護学ジャーナル』1，45-52.
- 堀内ふき（2013）「家族ケア・グリーフケア」『エイジングアンドヘルス』22(2)，22-24.
- 猪飼周平（2011）「地域包括ケアの社会理論への課題—健康概念の転換期におけるヘルスケア政策」『社会政策』2(3)，21-38.
- 井上由起，吉武久美子，山田幸子（2016）「特別養護老人ホームに勤務する介護福祉士の看取り後の省察に関する研究—実践経験5年以上の介護福祉士が『いい看取りができなかった』と捉えた事例における省察のプロセス」『介護福祉学』23(2)，98-108.
- 伊藤高章（2004）「スピリチュアリティと宗教の関係—スピリチュアルケアにおけるキリスト教的シンボルの役割」『スピリチュアルケアを語る—ホスピス，ビハラの臨床から』谷山洋三，伊藤高章，窪寺俊

- 之・著、関西学院大学出版会。
- 菊井和子、竹田恵子（2000）『「死の受容」についての一考察—わが国における死の受容』『川崎医療福祉学会誌』10(1), 63-70.
- 北村育子（2017）「高齢者施設における終末期ケア・看取りをめぐるソーシャルワーク実践の課題」『社会福祉研究』128, 35-41.
- 児玉久仁子（2015）「突然来て自分の意見を主張する家族にどう対応すればいいの…」『緩和ケア』25(2), 144-147.
- E. キューブラー＝ロス, D. ケスラー（2001）『ライフ・レッスン』上野圭一・訳、角川書店。
- E. キューブラー＝ロス（2005）『「死ぬ瞬間」をめぐる質疑応答』鈴木 晶・訳、中央公論新社。
- 窪寺俊之（2004）『スピリチュアルケア学序説』三輪書店。
- 小野寺敦志（2015）「介護職員の離職を考える—メンタルヘルスと人材育成の視点から」『老年社会科学』37(3), 341-346.
- 大西次郎（2005）「死に直面する心理とスピリチュアルケア—死を語ることへの批判的論考」『精神神経学雑誌』107(11), 1169-1177.
- 大西次郎（2010）「特別養護老人ホームにおける看取り介護加算算定の動向と看取りの実態—経営面、職員育成面、入居者・家族の満足面に関する施設長調査」『医療社会福祉研究』18, 53-62.
- 大西次郎（2015）「介護職自身のメンタルヘルスケア—若手と中堅、それぞれの気持ち」『おはよう 21』26(3), 40-41.
- 島蘭 進（2016）「超高齢多死社会の到来に向け『臨床宗教師』の養成に取り組む」『集中』9(7), 54-56.
- 白土明美、森 雅紀、森田達也（2016）「時間、日の単位の余命を予測するための指標たち—『今日は大丈夫か』『いよいよ今夜か』を見積もる」『緩和ケア』26(5), 350-355.
- E. S. シュナイドマン（1980）『死にゆく時—そして残されるもの』白井徳満、白井幸子、本間 修・訳、誠信書房。
- 高野一江、青木頼子、竹内登美子、新鞍真理子、牧野真弓（2017）「特別養護老人ホームに勤務する看護師・介護福祉士の看取りにおける役割」『日本看護福祉学会誌』22(2), 115-130.
- 竹山ゆみ子（2008）「高齢者の家族へのグリーフケア」『臨床看護』34(5), 722-727.
- 樋田小百合、祢宜佐統美、小木曾加奈子、渡邊美幸、佐藤八千子、角谷あゆみ（2017）「特別養護老人ホームで働くケア実践者の看取りケアに対する不安の実態」『教育医学』62(3), 385-391.
- 辻麻由美、田淵康子（2016）「介護職員のターミナルケア態度に関連する要因の検討—個人属性および死生観との関連」『Palliative Care Research』11(3), 217-224.
- 横内正利（2016）「高齢者における終末期医療」『月刊保団連』1223, 24-29.

付記

研究の遂行にあたり、日本学術振興会 科学研究費補助金基盤研究 C（課題番号：17K04218／研究代表者：大西次郎）からの助成を受けた。記して深謝する。

（おおにし じろう 共同研究嘱託研究員／大阪市立大学大学院生活科学研究科教授）